

Su una particolare sequenza di test di alcuni pazienti gravi

di Romana Cuomo ©

Da terapeuti che fondano la propria pratica clinica o la integrano con la Control Mastery Theory, vi sarà capitato sicuramente di essere oggetto di test da parte dei vostri pazienti, di aver riconosciuto la natura di quei test nel corso della seduta o a posteriori, e di averli superati o meno. Una situazione più complicata, ma con certi pazienti non così rara, può verificarsi quando l'attività di testing di un paziente diventa imprevedibile e non segue più quel *modus operandi* a cui siamo abituati, ovvero quello in cui il paziente (lavorando su una specifica credenza o su più credenze contemporaneamente) ci racconta, ci chiede o fa qualcosa nella modalità di un test di transfert o da passivo in attivo (espresso per compiacenza o ribellione) e una volta che il test è superato, ci testa più forte e con quella stessa modalità di test. Può accadere, infatti, che un paziente testi più volte di seguito un terapeuta passando in modo rapido ed improvviso da una modalità di testing ad un'altra, ovvero mettendo in atto uno *switch* da un test a uno completamente diverso nella sua forma ed intensità. Vi è mai capitato, ad esempio nel bel mezzo di una seduta, di riconoscere un test di transfer per compiacenza, di superarlo e tuttavia subito dopo il vostro intervento di essere immediatamente derisi e svalutati?

Se la vostra risposta è affermativa, allora oltre a conoscere sicuramente il mix di sensazioni che ho provato con due mie pazienti di cui a breve vi racconterò, questo *paper* potrà essere un modo per esaminare qualche aspetto, non del tutto tipico, del percorso terapeutico che coinvolge paziente e terapeuta, e per riflettere sul fatto che ogni incontro di terapia rappresenta il palcoscenico perfetto in cui si articolano e ripropongono, non casualmente, differenti

modalità di testing di uno specifico paziente. Se la vostra risposta è invece negativa, la speranza è che questo paper possa comunque esservi utile per tenere a mente che nulla di ciò che accade durante una seduta di psicoterapia è prevedibile (anche quando con il paziente stiamo lavorando in maniera pro-plan) e per riflettere sulle connessioni, non sempre scontate, tra il superamento di uno o più test durante una stessa seduta e il mantenimento di un giusto atteggiamento nei confronti del paziente sia nel prosieguo della stessa, sia in quello dell'intera terapia (Angrisani, Gazzillo, 2016).

Riflettendo sulla mia personale esperienza clinica, mi sono accorta di essere stata oggetto di questa precisa modalità di testing da parte di due miei pazienti ma di non averlo capito nell'immediato, bensì di aver inizialmente confuso l'atteggiamento critico e svalutante delle pazienti in risposta al mio intervento con il mancato superamento del test di cui ero stata oggetto inizialmente (ovvero quello di transfer per compiacenza). In questa situazione, gli incontri di supervisione clinica mi hanno aiutata a dipanare la confusione e a mettere a fuoco che i miei interventi iniziali non erano errati, ma stava accadendo qualcos'altro e che la chiave per capire cosa stesse accadendo era il mio sentirmi "traumatizzata".

Ricordiamo brevemente che, secondo la Control Mastery Theory, i test sono il modo in cui i pazienti mettono alla prova le proprie credenze patogene nel tentativo di disconfermarle. Tali credenze patogene si sviluppano durante l'infanzia in conseguenza di esperienze traumatiche, nel tentativo di comprendere e adattarsi al mondo circostante. Inoltre, a causa delle peculiarità cognitive, affettive e motivazionali dello psichismo dei bambini, esse assumono il carattere di verità assolute e indiscutibili e portano il soggetto a credere che il

perseguimento di obiettivi sani e adattivi condurrebbe a conseguenze negative e dolorose per se stesso o per o propri cari, o metterebbe in pericolo la relazione con loro. In conseguenza di alcune di queste credenze patogene, l'individuo può sperimentare sensi di colpa molto forti, i quali dipendono dal tipo di esperienze traumatiche che il bambino ha vissuto. I sensi di colpa più studiati dalla CMT sono cinque, e come tutte le credenze patogene possono essere formulati nella forma lessicale più pratica del "se...allora": il *sensò di colpa da separazione/slealtà* (se mi separo fisicamente o i miei pensieri\valori differiscono da quelli dei miei genitori, allora essi soffriranno terribilmente e si sentiranno traditi e delusi da me); *sensò di colpa di responsabilità onnipotente* (se non mi prendo cura delle persone a me care e non mi occupo delle loro necessità ecc. allora essi ci rimarranno male e soffriranno); *sensò di colpa del sopravvissuto* (se divento più realizzata, felice, appagata da un punto di vista economico e sentimentale, allora i miei genitori si soffriranno); *sensò di colpa da odio di sé* (sono una persona cattiva, sbagliata, non degna d'amore, stima, cura e protezione); *sensò di colpa di burdening* (se esprimo i miei bisogni, i miei desideri e i miei pensieri, i miei cari si sentiranno appesantiti e infastiditi), (Gazzillo, Fimiani et al., 2019). Le modalità attraverso cui l'individuo cerca di disconfermare le proprie credenze patogene, a causa dello stato di sofferenza e di costrizione che causano, sono proprio i test, i quali possono essere di transfert (l'individuo attribuisce all'altro il ruolo di genitore e a se stesso quello di figlio) e di capovolgimento da passivo in attivo (l'individuo assume il ruolo di genitore e attribuisce all'altro il ruolo di figlio), entrambe declinate nella forma per compiacenza e\o ribellione. In un test di transfert per compiacenza l'individuo, nel caso della terapia il paziente, si comporta con l'altro o con il terapeuta in obbedienza alle proprie credenze patogene nella speranza che la

risposta dell'altro non sia traumatizzante come quella ricevuta in passato. In un test di transfert per ribellione, l'individuo si comporta in modo opposto a quanto prescritto dalle proprie credenze patogene, sperando di non essere ri-traumatizzato e di essere legittimato nel suo modo di fare. In un test di transfert da passivo in attivo per compiacenza l'individuo tratta l'altro nello stesso modo in cui veniva trattato dai suoi genitori, nella speranza che l'altro non rimanga traumatizzato dal suo comportamento, mentre in un test di transfert da passivo in attivo per ribellione, l'individuo si comporta con l'altro in modo opposto ai suoi genitori, sperando di essere apprezzato (Gazzillo F., 2016).

È possibile che pazienti gravi testino il terapeuta nella modalità sopradescritta, ovvero dapprima con un di transfert per compiacenza e subito dopo con un test più forte di capovolgimento da passivo in attivo per compiacenza. Testare e ritestare in maniera più forte il terapeuta, operando uno switch tra diverse tipologie di test, è probabilmente il solo modo che questi pazienti hanno per mettere alla prova delle credenze profondamente radicate che originano dai traumi di cui sono stati oggetto, di tentare di credere che una via d'uscita sia possibile, che sia possibile realizzare e ricostruire una vita completamente diversa ed una nuova e migliore versione di sé. È come se, quando superiamo i loro test di transfert per compiacenza, li esponiamo a un'esperienza tanto agognata quanto destabilizzante, quella di aver trovato finalmente ciò di cui avevano bisogno ma che non speravano di poter ottenere. Non sembra loro vero, temono possa non esserlo. E per essere sicuri che tutto ciò sia vero, devono farci vivere per qualche momento ciò che hanno patito loro, nella speranza che noi siamo in grado di tollerarlo senza esserne traumatizzati e di accettarli comunque. E, dal momento che in questo modo il paziente ci sta mostrando parte di quel mondo relazionale traumatico da cui provengono le sue credenze, è importante

mostrarsi imperturbabili rispetto al loro comportamento, e rimandargli più e più volte, e con vigore, l'idea che sono profondamente diversi da come si considerano. Mettere in discussione l'immagine negativa che hanno di sé li aiuta a legittimare i propri obiettivi sani e piacevoli e trovare delle strategie per gestire o difendersi dagli atteggiamenti traumatizzanti dei loro altri rilevanti, del passato e del presente. Secondo la mia esperienza, l'aspetto destabilizzante di questa modalità di testing è la sensazione che l'intervento inizialmente fornito al paziente non sia stato pro-plan, e ciò dipende unicamente dal fatto che, seppur inizialmente si è compreso chiaramente di essere stati oggetto di un test di transfer per compiacenza, il repentino cambiamento di atteggiamento, di tono ed umore del paziente immediatamente dopo l'intervento fatto dal clinico ci confonde, e facilmente possiamo non comprendere che in quel momento siamo oggetto di un nuovo test, adesso cambiato nella sua forma ed intensità. Difatti, quando mi sono trovata per la prima volta nella situazione di essere derisa subito dopo aver fornito un intervento pro-plan (e lo era considerando il piano della paziente), in prima battuta mi sono chiesta: "Cosa ho detto di strano? Eppure, ho sempre risposto in modo simile quando mi ha comunicato questo tipo di pensieri" o ancora "Perché reagisce così male se so che quella è una risposta pro plan?! Non capisco". Quello che vi ho appena descritto potrebbe sembrare una descrizione macchinosa e complicata di quanto può accadere durante una seduta terapeutica, tuttavia se si considera ciò come espressione del processo di cambiamento che il paziente ha iniziato, è più facile comprenderne la natura ed il significato. A tal proposito, il racconto di ciò che è accaduto con due mie pazienti, Carmen ed Elettra, potrebbe chiarire meglio ciò che sto cercando di descrivere. Entrambe sono accumulate da un'infanzia estremamente traumatica e un funzionamento compromesso.

Il caso di Carmen

Carmen è una ragazza di 27 anni, è iscritta fuori corso alla facoltà di fisica e vive con i suoi genitori. Non ha un fidanzato né delle amiche intime. Sta quasi sempre in casa (lavora come blogger) e la maggior parte dei suoi rapporti sociali sono quelli vissuti on line (ovvero quelli nati e coltivati su piattaforme di gioco o social). Quando due anni fa ricevo la sua chiamata, vengo allertata dalla richiesta, espressa con un tono di urgenza e pretesa, di un appuntamento. Tutte le disponibilità orarie che le offro vengono rifiutate fino a quando le dico di scegliere senza problemi in che giorno sarebbe potuta venire e a quel punto, la stessa voce, più dolcemente mi dice: “Ah, ok...allora va bene giovedì alle dieci”.

La sintomatologia di Carmen a inizio terapia è quella di uno stato depressivo (per il quale già da un anno segue una cura farmacologica prescrittagli da uno psichiatra a cui si rivolge dopo mesi di ritiro sociale e abbuffate) e di forte ansia che le impedisce di studiare, uscire, prendere il treno per andare all’università. Carmen vive un’infanzia caratterizzata da svalutazioni e trascuratezza sia fisica sia psicologica, di totale disinteresse da parte della sua famiglia oltre che di critica a tutto ciò che pensa e fa. I suoi bisogni non vengono mai ascoltati e le sue richieste criticate o svalutate; di contro, la famiglia esige da lei totale lealtà e sacrificio per la risoluzione di tutte le problematiche, non solo del nucleo familiare ristretto alla madre e al padre, ma anche di zii, cugini, figli di cugini, ecc. A ciò si aggiunge l’esperienza di una nonna ipocondriaca ed emotivamente distaccata e la morte di una zia che si è sempre presa cura di lei, avvenuta per un errore medico quando Carmen aveva circa 12 anni. Tutti i soldi che guadagna come blogger li utilizza, tolto qualche sfizio personale, per pagarsi

l'università e risolvere i problemi economici della propria famiglia, dalla quale non ha mai ricevuto un minimo di riconoscenza. Qualche esempio del tipo di trascuratezza e svalutazione fisica e psicologica subita da Carmen potrà aiutarvi ad immaginare la sua quotidianità. A causa della sindrome da ovaio policistico e sospetta endometriosi, soffre spesso di forti coliche addominali. In queste occasioni, quando chiede di andare all'ospedale, la mamma o il padre minimizzano quello che sta vivendo, senza scomodarsi neanche per avvisare il medico, e scoraggiando totalmente ogni suo tentativo di chiedere aiuto dicendole: "Tanto non è niente, come al solito esageri, sono i soliti dolori. All'ospedale non sanno fare niente, ti va bene se non ti fanno morire!". Quando una volta il padre, che da sempre si trascura fisicamente pur avendo una serie di gravi patologie, si sentì male, Carmen si attivò per chiamare aiuto, ma la madre la fermò dicendole: "Tuo padre sicuramente morirà, quindi non chiamare nessuno perché se muore la casa è sporca e pare brutto che la gente vede che la casa è sporca". In ogni momento del giorno e della notte, qualsiasi familiare la chiama o le scrive per sapere qualcosa o risolvere un problema (dal gatto di casa disperso nel parco, all'acquisto di un lavandino, alle paure della zia ipocondrica, ecc.). Quando prova a sottrarsi a queste richieste, la madre la rimprovera di "essere egoista e non tenere conto del fatto che, in futuro, potrebbe servirle l'aiuto dei familiari e che quindi non va bene comportarsi così", senza contare che nessuno dei genitori l'ha mai difesa né dagli estranei né dai familiari che ripetutamente la chiamavano "chiattona", minimizzando il tutto e dicendole "ma tu lo sai, quello lo zio è fatto così, e non va bene rispondere male allo zio e poi è la verità che noi siamo chiatti". In conseguenza della sua infanzia traumatica, i sensi di colpa prevalenti di Carmen sono odio di

sé, senso di colpa da responsabilità onnipotente, di separazione\ slealtà e senso di colpa del sopravvissuto.

Dopo un po' di tempo dall'inizio della terapia, durante uno dei nostri incontri Carmen mi racconta di un episodio successo poco prima di recarsi a studio. Non aveva risposto, a differenza di come faceva abitualmente, alle chiamate insistenti della zia, e quest'ultima aveva allertato subito la madre, dicendole "Vedi che è successo qualcosa a Carmen, sicuramente sarà svenuta o si è sentita male perché non mi risponde". Quando la madre chiama Carmen e capisce che sta bene, la rimprovera di non aver aiutato la zia, e Carmen le risponde: "Mi sono rotta di vivere per voi, ho una mia vita e non posso dedicarla a risolvere sempre i vostri problemi, tra l'altro oggi devo studiare". A queste parole, la madre le risponde che questo comportamento è da persone egoiste, soprattutto considerando che il fatto che deve studiare è una scusa, dato che in realtà lei non combina mai niente. Quando mi racconta questo episodio, le dico che ha fatto benissimo a non rispondere alla zia e che non deve sentirsi in colpa perché risolvere i problemi dei suoi familiari non è una sua responsabilità e non è vero che non combina niente, perché piano piano capirà come procedere con gli studi. A quel punto le si riempiono gli occhi di lacrime e mi dice: "Grazie...è che io non posso fare nulla, non sono nemmeno libera di non rispondere a telefono che devo sentirmi dire che sono egoista. Poi, il fatto è che per mia mamma non valgo quanto gli altri perché non sono laureata. Quando le dico che lei pensa sempre e solo a questa laurea e mai al fatto che sono una brava figlia perché sono corretta, onesta e gentile, lei mi risponde che queste sono qualità normali che hanno tutti e che non c'è niente di speciale nell'essere me. Però, a chi voglio prendere in giro? Non ha tutti i torti. È vero che non studio quasi mai, e lo so, forse dovrei lasciare tutto, così non mi dicono

più niente, tanto comunque per loro non vado bene". Le dico che per me non è affatto egoista, anzi è una ragazza estremamente generosa e brillante, che deve credere in sé stessa e pensare alla sua vita e ai suoi sogni. Mentre continua a commuoversi, aggiungo di non preoccuparsi per l'università perché ognuno ha i propri tempi e che, a prescindere, il valore di una persona non dipende dal titolo di studi che possiede, che lei è in gamba e questa cosa resta al di là di ogni decisione che prenderà sul suo futuro. Di colpo, Carmen cambia atteggiamento e postura (sembra offesa dalla mia risposta e si sporge in avanti come solitamente fanno le persone arrabbiate) e con tono arrabbiato mi dice: "Eh sì, va bè va bè, comunque ieri poi l'amica di mia madre, A., si è precipitata a casa per dirci che aveva discusso con C., l'altra amica loro, su una questione che riguarda la gatta rossa del parco". Quando provo ad interromperla e a riportarla sull'argomento precedente, lei continua ad utilizzare lo stesso tono e la stessa modalità di rispondermi "Si vabbè, andiamo avanti" senza mai guardarmi e quel punto la ascolto (mantenendo un atteggiamento quanto più sereno e tranquillo mi riesca) e continuiamo a parlare. Alla fine di quest'incontro mi sento confusa e spaesata. Non capisco perché Carmen ha improvvisamente reagito in quel modo, proprio subito dopo essersi commossa in risposta al mio intervento. Così riprendo il suo piano per verificare se la mia risposta di incoraggiamento a non occuparsi della famiglia e a pensare a se stessa o il mio tono possano essere stati in qualche modo anti-plan. Ma so che non è così, poiché fra le credenze patogene di Carmen c'è sia la convinzione di doversi occupare dei familiari per non farli soffrire, sia quella di non valere un granché come persona. Così, ripensando agli scambi comunicativi di questa seduta, mi rendo conto che, nel dirmi con tono afflitto e arrabbiato che la madre ha ragione perché è vero non studia mai e che non combina mai niente, Carmen

mi ha fatto un test di transfert per compiacenza della credenza di “non essere degna di amore, affetto cura e riconoscimento”, e che quando si è improvvisamente arrabbiata dicendomi con tono critico “sì vabbè, andiamo avanti” (come se non fosse giusto che in quel momento la spronassi a credere in lei e a non considerare la sua famiglia) Carmen mi ha trattato allo stesso modo in cui la madre la trattava (e la tratta tuttora) ogni volta che provava a chiedere cure, affetto o comprensione, ovvero cambiando subito argomento con un tono di critica e svalutazione (facendole così capire che non ha il diritto di concedersi lamentele o desideri). Quindi, la risposta di Carmen al mio intervento iniziale è stata un test da passivo in attivo per compiacenza rispetto alle credenze: “non merito comprensione, affetto e cura”, “se mi rendo autonoma e indipendente facendo le mie scelte e dicendo di no, i miei genitori rimarranno delusi e feriti”. Carmen era passata da essere sé stessa per vedere se io reagivo a lei come faceva la madre, a “scimmiottare” la madre parlandomi con tono svalutante di temi insulsi che implicavano che lei dovesse occuparsi di qualcun altro, non di sé. E lo aveva fatto per vedere se la cosa mi turbava o potevo continuare per la mia strada senza esserne distolta. E’ possibile riconoscere nel comportamento di Carmen, di “scimmiottare” la madre parlandomi di argomenti inutili e con tono svalutante, un elemento di forte identificazione con la madre, (e più in generale, con i valori “anti-autonomia” della sua famiglia), poiché da sempre il messaggio che la madre comunica a Carmen e a sua sorella, anche in modo implicito, è la necessità di essere totalmente leali e accudenti nei della famiglia d’origine, di boicottare i propri progetti di vita (difatti la madre di Carmen rinunciò al lavoro di assistente farmacista per dedicarsi alla famiglia) e di non aspirare ad avere una vita migliore e più felice.

Il caso di Erica

Erica è una ragazza di trent'anni, estremamente buona, intelligente ed ironica, che seguo da tre mesi. Durante il nostro primo incontro mi dice che ha la necessità di fare una premessa: è una persona un po' complicata e difficile, e non si stupirebbe se io non la capissi o non la accettassi, anzi mi comprenderebbe. Dopo la mia rassicurazione, comincia a descriversi come una ragazza ad impatto antipatica, scontrosa e altezzosa, che sembra tenere più a se stessa che agli altri, anche se non è vero, musona e "cattiva" con gli uomini, nel senso che non "sa tenerli vicino a lei, li respinge e li manda via". Dal racconto della sua infanzia e adolescenza emerge che, dopo la separazione dei genitori, avvenuta a causa dei comportamenti poco responsabili del padre (tradimenti vari, prolungati periodi di assenza da casa e problemi economici a causa del lavoro precario) con cui ha un ottimo rapporto ma di cui si occupa costantemente (gli vende i quadri che realizza, gli risolve i problemi economici, non lo rimprovera mai per i comportamenti di trascuratezza che le riserva) vive con la madre insieme a una parente della madre (una sorta di nonna acquisita), la quale ha sempre trattato malissimo sia Erica che sua madre, rinfacciando a Erica di essere viva e in salute al contrario di suo figlio morto all'età di dieci anni (e di altri figli persi in gravidanza), e alla madre di tenere a mente che una cosa del genere potrebbe capitare anche a lei che di figlia ne ha solo una. Il suo primo rapporto sessuale è stato un abuso fisico da parte di un ragazzino della sua comitiva del mare e intorno ai sedici anni subisce delle molestie sessuali dallo zio, che abitava al piano inferiore. Quando riferisce il tutto alla madre, la madre le risponde che sicuramente ha capito male o frainteso le intenzioni dello zio, e che in ogni caso è meglio non dire nulla per evitare problemi. Le relazioni d'amore che intraprende sono sempre con uomini

svalutanti e maltrattanti, con cui (anche assieme agli amici) fa uso di alcol, cannabis e cocaina (comportamenti di cui i genitori sono a conoscenza e per cui non hanno mai detto o fatto nulla). Attualmente lavora per un'azienda in cui è stata appena promossa, e vive con la madre, la quale da sempre ha relazioni (anche molto lunghe) con uomini da cui non è amata come vorrebbe (come con il suo ex marito, il papà di Erica) o con cui però non riesce a concretizzare dei progetti (come l'attuale compagno, con cui sta insieme da tempo ma con cui non convive). Nel nostro primo incontro, mi dice di sentirsi oppressa dall'ansia, di non riuscire a dormire bene e di voler mettere un po' di ordine nella sua vita, ma aggiunge che non sa come fare perché si sente totalmente incasinata. Il clima di trascuratezza e svalutazione in cui Erica è cresciuta, anche dopo la separazione dei suoi genitori, un clima in cui veniva etichettata come la ragazzina problematica e sbagliata, in cui bisogni degli altri erano sempre più importanti dei suoi e in cui vigeva l'aspettativa che lei potesse risolvere i problemi di tutti, ha contribuito a formare credenze connesse al senso di colpa di odio di sé, di responsabilità onnipotente, del sopravvissuto e di burdening. Quando ci siamo conosciute, mi ha detto di vivere una "storia incasinata" con quello che prima ero il suo migliore amico, N., un ragazzo con una disastrosa storia familiare alle spalle che fa continuamente uso di droga ed alcol. Mi dice di non esserne innamorata, che non le è mai scattata la scintilla verso di lui perché il suo modo di fare la spaventa e mi spiega che quando si arrabbia, lui diventa così aggressivo e critico nei suoi confronti che lei sente di essere la persona peggiore del mondo e di meritarsi tutto ciò. Però Erica mi dice che qualche volta N. si prende "anche" cura di lei, le prepara i pranzi e le cene e quando ha il ciclo le resta vicino.

Durante il nostro settimo incontro (quindi un mese mezzo dopo esserci conosciute), Erica mi racconta di aver ricontattato N. dopo che lui l'ha lasciata trattandola malissimo e di essere, per questo motivo, arrabbiatissima con sé stessa: ha l'impressione di aver fatto passi indietro rispetto alla terapia, si sente pazza perché non appena prova a cercare un po' di stabilità, fa qualcosa per rovinarla. La rassicuro dicendole che non è affatto pazza e le ricordo i passi avanti fatti in così poco tempo (evita di devastarsi con droga e alcol alle feste, ha chiuso un'amicizia deleteria, ha preso le distanze da un ragazzo con cui in precedenza ha avuto una relazione discontinua, per cui ha provato per la prima volta la cocaina e con cui occasionalmente fa sesso) e le dico di credere in sé stessa perché è intelligente, dolce e sensibile, e piano piano riuscirà a cambiare la sua vita. Lei mi chiede: "Sono speciale anche se faccio tutto questo casino?", io le rispondo: "Non fai nessun casino. Hai paura di non meritare di più e di non essere abbastanza, hai paura di fare ordine...ma sei speciale e piano piano lo capirai". Lei comincia a piangere e mi dice di essere stupita del fatto che la madre si sta preoccupando per lei e per il fatto che è così triste, e ad un certo punto mi dice "Quella veramente pensa che sono predestinata alla miseria come lei". Le chiedo da cosa lo deduce e lei mi dice: "Spesso mamma mi dice, rimarremo io e te, che siamo arrugginite dalla vita e se tutto va male, ce ne staremo assieme. Io sto benissimo, è lei che è arrugginita da sé stessa e credo sia veramente scioccante questa cosa...vedere che tua madre non si augura il meglio per te". Provo a rimandarle il fatto che alcuni suoi comportamenti di auto-sabotaggio sono il risultato della convinzione che, probabilmente, avere una vita migliore la farebbe sentire in colpa nei confronti di sua madre che, invece, non ha realizzato nulla di ciò che voleva e non aspira a nessun cambiamento. Lei mi dice: "Non so dove trovarla la forza per pensare che posso

meritare di più o che posso realizzare tutto. Tu mi dici cose belle, ma qua mia mamma e mio padre sono stati dei pazzi con me. Io non so cos'è l'amore se non quello che io provo per loro. Qualche volta mi sento come quelle persone sbandate dei film. Però loro ce la fanno. Sto proprio inguaiata." Io le rispondo: "Anche tu ce la farai Erica, e sarà perché avrai capito che non serve sabotarsi nelle relazioni o nel lavoro, che quando lo fai in qualche modo ti identifichi con mamma o papà e ti comporti come se fosse giusto mandare a puttane la tua vita, ma non è così. Non sei in una gabbia, hai tutte le possibilità per spiccare il volo. Fallo". Improvvisamente, Erica mi guarda con aria di sfida e assumendo un tono di sufficienza, mi dice: "Ah, se lo dici tu!!!". Completamente spiazzata (considerando che un secondo prima stava piangendo) fingo tranquillità e con tono scherzoso di finta sufficienza le rispondo "Sì, lo dico io". Lei si rilassa e poi mi dice "Ci proverò" poi, con lo stesso tono di sufficienza che aveva utilizzato poco prima, e che è quello con cui la madre si rivolge a lei ogni volta che prova a dire la sua e mostrarsi ottimista, aggiunge "Sempre se non morirò di Covid". Io le rispondo: "Non morirai di Covid, non preoccuparti", lei alzando il tono di voce e sempre con più prepotenza, mi dice: "Senti, guarda che le percentuali di morte per Covid sono alte e quindi potrebbe essere che mi viene e muoio. Tu che ne sai? E poi mi stai innervosendo te lo dico". Continuando a fingere tranquillità (ma sono davvero spiazzata dalla paura di non sapere come sarebbe andata a finire) e le dico "Non fa niente, ti voglio bene lo stesso e ci vediamo martedì perché tanto starai benissimo". Lei si rilassa, mi sorride e mentre esce dalla stanza mi chiedo cosa fosse esattamente accaduto poco prima. Anche qui, l'analisi dei nostri scambi mi permette di comprendere che se inizialmente ciò che Erica mi dice con tono e atteggiamento di sfiducia e arrendevolezza è un test di transfert per compiacenza della credenze "Sono una persona sbagliata,

non sono degna d'amore" e "Se realizzo una vita più appagante e felice di quella di mia madre, mia madre ne soffrirà" mentre l'atteggiamento di sufficienza che utilizza subito dopo essersi commossa è un test da passivo in attivo relativo al senso di colpa del sopravvissuto e all'odio di sé. E anche in questo caso, il tono e l'atteggiamento sono quelli che la nonna utilizzava nei suoi confronti per svalutarla e sminuirla. Paventare la possibilità di non poter riflettere su quanto le avessi detto (e quindi sulla possibilità di avere una vita migliore, di poter spiccare il volo, ecc.) a causa di improvviso evento nefasto, come infettarsi e morire di covid, è di fatto un comportamento di identificazione di Erica con sua madre, la quale ha sempre implicitamente fatto capire alla figlia di non sprecare tempo a pretendere qualcosa di speciale da se stessa, dal proprio futuro, anche relazionale (quando N. lasciò Erica, la madre la incoraggiò a tornare da lui pur vedendo la sofferenza della figlia e alla richiesta di Erica: "Mamma, ma tu hai voluto di più dalla vita? hai mai desiderato qualcosa di diverso da quello che hai ottenuto finora, quindi qualcosa di diverso che non sia il tuo lavoro?", la risposta della madre fu: "No. Non ho mai avvertito questo bisogno").

Riflettendo a posteriori anche su tutte le altre volte che Erica e Carmen hanno utilizzato questa modalità di testing, ho compreso che l'atteggiamento sereno e pacato (come nel caso di Erica) e di comprensione ed accettazione (come nel caso di Carmen) mantenuto nel corso delle sedute descritte e di quelle successive in cui sono stata testata con la modalità sopra descritta, è stato il *jolly* che mi ha effettivamente permesso di superare inconsapevolmente i loro test.

Ciò mi porta a fare una considerazione personale più ampia rispetto alle terapie svolte in ottica CMT: se un paziente può testarci con tempistiche e modalità del tutto impreviste, come quelle descritte in questo paper, e se è vero che questo elemento di imprevedibilità dell'attività di testing è più frequente nei pazienti dal funzionamento più compromesso, allora terapeuticamente conforta sapere che insieme alle cose che diciamo, un altro elemento di cura è il modo in cui reagiamo nell'immediato, è lo sguardo che utilizziamo, il tono della nostra voce, e quindi in definitiva l'atteggiamento manifestato non solo nell' *hic et nunc* di una seduta in cui siamo spiacevolmente oggetto di questa modalità di testing, ma anche di quello utilizzato durante tutto il resto del percorso terapeutico di quel paziente. Quasi come se ciò che comunichiamo per mezzo del nostro atteggiamento, assunto ripetutamente nel tempo e a dispetto della varietà di test subiti, sia ciò di cui il paziente ha davvero bisogno, come un abbraccio sicuro e al tempo stesso una spinta verso un cambiamento apparentemente così difficile e lontano.

Bibliografia di riferimento

- Weiss, J., (1999). "Come funziona la psicoterapia". Torino: Bollati Boringhieri Editore.
- Sampson, H. (2005). Treatment by Attitudes. In Silberschatz, G., (2005), *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy* (p. 111-119). Routledge.
- Shilkret, C., J., (2006). Endangered by interpretations: Treatment by attitude of the narcissistically vulnerable patient. *Psychoanalytic Psychology*, 23, 30-42.
- Angrisani S., Gazzillo F., (2016). "Scegliere il giusto atteggiamento" in Gazzillo F. (2016), "Fidarsi dei pazienti". Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gazzillo F., (2016). "Fidarsi dei pazienti". Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gazzillo, F., Dazzi, N., De Luca, E., Rodomonti, M., & Silberschatz, G. (2019, July 11). Attachment Disorganization and Severe Psychopathology: A Possible Dialogue Between Attachment Theory and Control-Mastery Theory. *Psychoanalytic Psychology*.
- Gazzillo, F., Dazzi, N., Kealy, D & Cuomo, R., (2020). Personalizing Psychotherapy for Personality Disorders: Perspectives From Control Master Theory